

OŚWIADCZENIE

I. Dane osoby do zgłoszenia do ubezpieczeń społecznych i zdrowotnych.

/Wypełnia składający oświadczenie /

Nazwisko.....imię.....
/pierwsze imię/ /drugie imię/

Data urodzenia..... /miejsce urodzenia.....

Nazwisko rodowe.....

Nr PESEL.....Nr NIP.....

Seria i nr dowodu osobistego.....

Obywatelstwo.....Płeć.....

Wykształcenie.....

Posiada przyznane prawo do emerytury lub renty / tak / nie /.....
/ data i numer decyzji ZUS /

Posiada stopień niepełnosprawności, jeżeli tak to jaki / lekki, umiarkowany, znaczny /.....
.....na okres oddo.....

Posiada stopień niezdolności do pracy (na czas określony / nieokreślony, grupa inwalidzka)..

Kasa Chorych, pod którą pracownik będzie podlegał....

Adres zameldowania na stałe miejsce pobytu (kod, poczta, województwo, miejscowość,
gmina, ulica numer domu, numer mieszkania, telefon).

Adres zamieszkania (jeżeli jest inny, niż adres zameldowania) (kod, województwo,
miejscowość, ulica, numer domu, numer mieszkania, telefon)....

Adres do korespondencji jeżeli jest inny niż adres zameldowania na stałe miejsce pobytu i
adres zamieszkania (kod, województwo, ulica, numer domu, numer mieszkania, telefon;
e-mail).....

/ podpis osoby składającej oświadczenie /